



# Consejo Estatal sobre Discapacidades del Desarrollo Formulario “Quejas sobre el acceso al idioma”

Por favor utilice este formulario para reportar cualquier queja sobre el acceso al idioma que haya encontrado en el Consejo Estatal sobre Discapacidades del Desarrollo. Por favor envíe este formulario junto con cualquier documentación adicional por correo al State Council on Developmental Disabilities, EEO Office al 3831 North Freeway Blvd. #125, Sacramento, CA 95834 o envíe un correo electrónico, con el formulario de queja adjunto, al [council@scdd.ca.gov](mailto:council@scdd.ca.gov). Si tiene alguna pregunta o duda, usted puede comunicarse con la Oficina de EEO del Consejo Estatal sobre Discapacidades del Desarrollo al (916) 263-7919.

1. Número de contacto del reclamante	
Nombre:	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	

2. Detalles sobre la queja	
Fecha del incidente:	
¿Con qué idioma necesita asistencia? (Marque todos los que aplican)	<input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Otro: _____
Descripción breve de la queja (Adjunte páginas adicionales, si es necesario):	

3. Asistencia con el formulario	
¿Alguien le asistió para completar el formulario?	<input type="checkbox"/> Sí (complete la información enseguida) <input type="checkbox"/> No (deje en blanco)
Nombre:	
Organización o relación con el reclamante:	
Número de teléfono:	



4. Firma de la persona que presenta la queja

*Certifico que esta declaración de mi queja arriba y cualquier página adjunta es cierta según mi mejor saber y entender.*

Firma:

Fecha:

**SCDD USE ONLY (PARA USO DE SCDD SOLAMENTE)**

Date Received:	Contact Person:
Phone:	Email:
Action Taken:	